

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0001588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUKHRES AÏT Date de naissance : 06-03-68

Adresse : Casablanca 1000 110m 11 Atti 05

Tél. : 0661 207 553 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Guy EVERGER  
RPPS 10000525955 - FINESS 750100109  
Service d'Hématologie Chirurgie Pédiatrique  
Hôpital Armand Trousseau  
26 ave. du Docteur Arnold Netter - 75571 PARIS cedex 12  
E-mail secrétariat : christine.everger@aphp.fr  
Tél. 01 44 73 60 62 - Fax 01 44 73 65 73

Date de consultation : 29/07/2009

Nom et prénom du malade : BOUKHRES

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hernioplastie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/07/19	CEP	1	207,00	HOPITAL A. TROUSSEAU 26, avenue du Dr Arnold Netter 75671 PARIS Cedex 12 Tél.: 01 44 73 60 66 ou 01 44 73 66 66

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARLES MICHELS 9 Place Charles Michels 75015 PARIS Tél. : 01 45 78 01 51 75 2 03903 2	29/07/19	7,75€

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

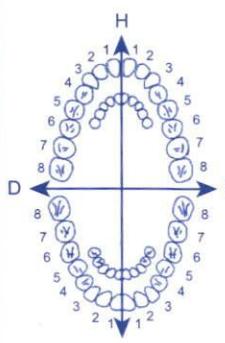
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

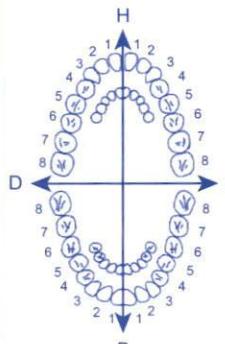
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	21433552	
00000000	00000000	
D		
00000000	00000000	
35533411	11433553	
G		
B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

702523

date J J M 29072019

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom

BOUKHRIS Iyad

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

CASABLANCA 75015 PARIS

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

LEROUX .

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

Pharmacie CHARLES MICHELS  
9, Place CHARLES MICHELS  
75015 PARIS  
752039032**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom HOP TROUSSEAU Trouseau

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

750100109

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale

29/07/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de \*\*\*  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

XX

ou

date

AT/MP

numéro

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref.	LPP
1	4,18	4,18	PH7		3400930010716		
1	1,02	1,02	HD7				
1	0,51	0,51	HDR				
1	2,04	2,04	HDE				

Ut Libelle

AMOX MYL PH 1g Cpr di

Honor. dispens. HD7

Honor. dispens. HDR

Honor. dispens. HDE

Imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PHARMACIE CHARLES MICHELS  
9 Place Charles Michels  
75015 PARIS  
Tél. : 01 45 78 01 51  
75 2 03903 2**PAIEMENT**MONTANT TOTAL  
en euros

7 , 7 5

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

LEROUX .

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie..

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous-même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez** votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**

HÔPITAL D'ENFANTS  
ARMAND-TROUSSEAU

26, avenue du Dr Arnold-Netter  
75571 PARIS Cedex 12

Téléphone : 01.44.73.74.75



ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

SERVICE  
D'ONCO-HÉMATOLOGIE

Tél. : 01.44.73.60.62

Télécopie : 01.44.73.65.73

Chef de Service  
**Guy LEVERGER**  
PU-PH



Date :

Nom et Prénom du patient :

Age :

Bonkhe Iyad 41Km

Duplicata ne permettant pas la délivrance de médicaments.  
A adresser à votre Centre de Sécurité Sociale.

Signature :



Pharmacie CHARLES MICHELS  
9, Place CHARLES MICHELS  
75015 PARIS  
752039032  
Tel : 0145780151  
INSEE:  
CASABLANCA

Fact. Num. : 702523  
Date Fact. : 29/07/2019  
Date Ord. : 29/07/2019  
Medecin: HOP TROUSSEAU Troussseau  
Code Op: 2  
Malade: BOUKHRIS Iyad  
75015 PARIS

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	AMOX MYL PH 1g C pr disp Plq/14	3400930010716	4,18	-	1,02	0
1	Honor. dispens.			Ordo: 815115		
	HDR		0,51	-		0
1	Honor. dispens.			HDE	2,04	-
						0

MONTANT TOTAL : 7,75 MONTANT AMO : 0,00  
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 7,75  
Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

HÔPITAL D'ENFANTS  
ARMAND-TROUSSEAU

26, avenue du Dr Arnold-Netter  
75571 PARIS Cedex 12

Téléphone : 01.44.73.74.75



ASSISTANCE HÔPITAUX  
PUBLIQUE DE PARIS

SERVICE  
D'ONCO-HÉMATOLOGIE

Tél. : 01.44.73.60.62

Télécopie : 01.44.73.65.73

Chef de Service  
**Guy LEVERGER**  
PU-PH



Date :

Nom et Prénom du patient :

Borkha Iyari

Age :

42 mois

Amoxicilline 1g  
ORDONNANCE  
1 g matin et soir  
6 jours

Le 10/10/18  
Dr Guy LEVERGER  
RPPS 10000525955 - VINES 750100109  
Service d'Hématologie Oncologie Pédiatrique  
Hôpital Armand Trousseau  
26 ave. du Docteur Arnold Netter 75571 PARIS Cedex 12  
E-mail secrétariat : christiane.coxo@aphp.fr  
Tél. 01 44 73 60 62 - Fax 01 44 73 65 73

Signature :

Voie orale

1 g

**Amoxicilline**  
Mylan Pharma

14 comprimés dispersibles

**Mylan**

17M3221



**QUITTANCE****Nos références**

NIP : 8013177525 Compte client : 18545169  
 Réf. : 5308023635 N° d'entrée : 4015683

**Hôpital**

GH ARMAND TROUSSEAU-LA ROCHE GUYON  
 26 AV DU DOCTEUR ARNOLD NETTER  
 75571 PARIS CEDEX 12

FINESS : 750100109

Poste : T498-TRS-TE N°5  
 Service : Traitements externes  
 Tel du service : 01 44 73 60 66  
 Permanence téléphonique : Ouvertures des caisses du LUNDI au JEUDI de 08H00 à 17H00

BOUKHRIS AZIZ  
 DUPLEX 3  
 IMMEUBLE 11 VILLE VERTE  
 0 RES DU JARDIN  
 27182 CASABLANCA  
 MAROC

**NIP**

<b>Patient</b>	<b>Assuré</b>	<b>Date de paiement</b>	<b>: 29.07.2019</b>
BOUKHRIS IYAD BOUKHRIS 0 RESIDENCE DU JARDIN IMMEUBLE 11 V 27182 BOUSKOURA CASABLANCA		Total montant dû : 207,00 € Total déjà acquitté : 0,00 € Montant payé : 207,00 € Montant annulé : 0,00 € Restant dû : 0,00 €	

UH	Date	Code	Description	Quantité / Coefficient	Tarif unitaire	Majoration				Taux	Montant
						1	2	3	4		
512	29.07.2019	CEP	CONSULTATION LONGUE	1,00	207,00					100,00	207,00

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatrique ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Si vous bénéficiez de la Sécurité sociale en France, le tiers-payant est applicable. Vous devez transmettre votre attestation de droits au service dont les coordonnées figurent en haut à gauche du recto de la présente quittance. Votre attestation de droits est disponible sur le site AMELI.

**Mode de règlement**

Carte Bancaire : 207,00 euros

**Cachet de l'hôpital et signature du caissier**